

Dispensa de ABI/MFP do MassHealth

Formulário para Liberação de Registros Médicos

Avaliação para benefícios de dispensa do MassHealth

Este Formulário para Liberação de Registros Médicos destina-se às dispensas de Lesão Cerebral Adquirida (ABI) e do Plano de Progressão Médica (MFP) do MassHealth. O objetivo deste formulário é obter autorização para que seus provedores de atendimento de saúde divulguem suas informações médicas. A Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP usará estas informações para verificar se você se qualifica para a dispensa ABI ou MFP que está requerendo. Se estiver qualificado(a), o Departamento de Serviços de Desenvolvimento de Massachusetts (DDS) e o MassAbility usarão estas informações médicas para planejar e coordenar os benefícios da dispensa.

Instruções para preenchimento do Formulário para Liberação de Registros Médicos

Leia estas instruções com atenção. Precisamos de cópias dos registros médicos para verificar se você se qualifica para uma dispensa. Se você deixar alguma seção em branco, seus provedores de atendimento de saúde podem não compartilhar informações com a Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP, e não poderemos decidir se está qualificado(a) para a dispensa ABI ou MFP que está requerendo. Segue abaixo o que você deve saber para enviar este formulário.

1. Assine e date este Formulário de Autorização para Liberação de Registros Médicos de dispensas ABI/MFP do MassHealth.
2. Todas as assinaturas devem ser feitas à tinta e devem ser originais. Não permitimos cópias nem carimbos de assinaturas.
Aceitamos assinaturas eletrônicas.
3. Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
4. Envie este formulário para

E-mail:
ABInfo@umassmed.edu
ou MFPinfo@umassmed.edu

Fax:
(508) 856-7754
ou (855) 899-7754

Correio:
Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613

SEÇÃO I

Dou permissão para que os provedores de atendimento de saúde que mencionei na Seção 2 compartilhem as informações médicas que relacionei na Seção 3 sobre com a Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP.
(Escreva o nome do requerente ou membro em letra de fórmula.)

(Observe que **você deve assinar na Seção 5** para que os seus provedores de atendimento de saúde possam compartilhar suas informações médicas.)

SEÇÃO 2

Imprima o nome dos provedores de atendimento de saúde que podem compartilhar suas informações médicas com a Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP. **Se desejar que mais de três provedores de atendimento de saúde compartilhem informações médicas, preencha um segundo formulário de autorização ou entre em contato conosco para obter um formulário adicional.**

Provedor de atendimento de saúde No. 1

Nome do(a) médico(a), centro de saúde ou outro provedor de atendimento de saúde:	
Endereço:	
Cidade, estado e código postal:	Telefone:

Provedor de atendimento de saúde No. 2

Nome do(a) médico(a), centro de saúde ou outro provedor de atendimento de saúde:	
Endereço:	
Cidade, estado e código postal:	Telefone:

Provedor de atendimento de saúde No. 3

Nome do(a) médico(a), centro de saúde ou outro provedor de atendimento de saúde:	
Endereço:	
Cidade, estado e código postal:	Telefone:

SEÇÃO 3

Os provedores de atendimento de saúde mencionados na Seção 2 podem compartilhar as seguintes informações com a Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP para determinar sua qualificação às dispensas ABI/MFP. Se for qualificado(a), também poderemos compartilhar essas informações com o DDS e o MassAbility para o planejamento e a coordenação dos cuidados relacionados aos benefícios das dispensas.

Todos os registros médicos ou outras informações sobre seu tratamento, hospitalização e/ou atendimento ambulatorial para condições que incluem

- informações de saúde mental ou psiquiátrica
- informações sobre HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- testes genéticos (Veja M.G.L. c. 111 § 70G.)
- como as deficiências afetam as atividades da vida diária e a capacidade de trabalhar
- informações sobre uso de substâncias
- outros (descreva):

Marque aqui se não desejar que o provedor de atendimento de saúde compartilhe

- suas informações sobre HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
 testes genéticos (Veja M.G.L. c. 111 § 70G.)

SEÇÃO 4

Todas as informações médicas que os provedores de atendimento de saúde fornecerem à Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP continuarão a ser protegidas pelas leis federais de privacidade.

Esta permissão para compartilhar informações médicas com a Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP termina 12 meses após a data em que este formulário de liberação for assinado, a menos que a permissão tenha sido cancelada por escrito antes desse prazo.

Entendo que posso cancelar esta permissão a qualquer momento, enviando uma carta aos provedores de atendimento de saúde mencionados na Seção 2.

Entendo que, mesmo que eu cancele esta permissão, os provedores de atendimento de saúde mencionados na Seção 2 não poderão recuperar as informações que foram compartilhadas com a Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP quando tinhama minha permissão para fazê-lo.

Entendo que minha decisão de conceder permissão aos provedores de atendimento de saúde para compartilhar informações médicas para fins de benefícios de dispensas ABI/MFP do MassHealth é voluntária. Entendo também que essas informações **não** serão utilizadas para determinar minha qualificação para os benefícios de dispensa do MassHealth ou para o planejamento e coordenação de atendimento de dispensas do MassHealth **se eu não assinar na Seção 5 abaixo**, autorizando os provedores de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações.

SEÇÃO 5

Assinatura do requerente/membro:	Data:
Escreva o nome do requerente ou membro em letra de fôrma:	Data de nascimento:
Endereço:	Telefone:
Cidade:	Estado: ZIP (código postal):

Se este formulário estiver sendo preenchido por alguém que tenha autoridade legal para agir em nome do requerente/membro (como um representante de qualificação ou um tutor legal), preencha as seguintes informações.

Assinatura da pessoa que está preenchendo este formulário	
Nome em letra de fôrma:	Data:
Autoridade da pessoa que está preenchendo este formulário para agir em nome do requerente/membro: Inclua uma cópia do documento que concede autoridade a esta pessoa para agir em nome do requerente/membro.	

A Unidade de Qualificação Clínica de dispensas ABI/MFP enviará uma cópia deste Formulário de Autorização para Liberação de Registros Médicos assinado, para que você mantenha em seus registros. Também é possível solicitar outra cópia deste Formulário de Autorização para Liberação de Registros Médicos assinado a qualquer momento, entrando em contato com a Unidade de Qualificação Clínica ABI/MFP no endereço abaixo.

Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613